

ESSIP

Équipe Spécialisée Soins Infirmiers Précarité

L'ESSIP permet d'assurer la réalisation de soins infirmiers pour des personnes en situation de précarité, de plus de 15 ans et 3 mois, quelle que soit leur situation administrative, quel que soit leur lieu de vie (structure AHI, rue, squat, bidonville...), avec un projet d'orientation vers les dispositifs de droits communs, situées sur Bordeaux Métropole, et les communes limitrophes (Cestas et Léognan).

Ci-joint le dossier d'admission qui peut être complété par tout professionnel, soignant ou non, qui accompagne la personne.

Il doit comporter **obligatoirement** les prescriptions médicales et de passages infirmiers ainsi que les CR d'hospitalisations et de consultations dont vous disposez.

Le dossier doit être envoyé par mail à l'adresse ci-dessous :

essip.33@chu-bordeaux.fr

Chaque semaine, une commission aura lieu en présence de l'équipe pluridisciplinaire, afin de valider l'intégration dans le dispositif de soin. La réponse vous sera communiquée par mail.

La prise en charge doit être réalisée ou maintenue dans la mesure du possible dans cet intervalle de temps.

Pour tous renseignements, le secrétariat est joignable du lundi au jeudi de 9:30 à 13:00 et de 13:30 à 17:00 et le vendredi de 9:30 à 13:00 et de 15:00 à 17:00 au numéro suivant :

05 57 82 23 50

**Dossier d'admission
ESSIP**

Le demandeur (structure)

Établissement/Structure	
Nom	
Fonction	
Mail	
Téléphone	

État civil du bénéficiaire :

Nom :	Date de Naissance :
Prénom :	Lieu de Naissance :
Sexe : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Indéterminé	Nationalité :
Domiciliation Postale :	Langue Parlée :
Lieu de vie actuel : ☐ Rue/Squat ☐ Accueil d'urgence ☐ Établissement social ☐ Hébergement amical ☐ Hébergement familial ☐ Logement autonome	Situation Familiale : Entourage : Personnes Ressources : Animal de Compagnie : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :
Adresse/lieu où l'on peut rencontrer ou prendre la personne en soins : <i>(Pour la rue ou le squat, donner le maximum d'informations pour que nous puissions trouver la personne. Lieux fréquentés, lieux ressources...)</i>	Nombre d'enfants :
	Téléphone du patient :

Couverture assurance maladie :

Numéro sécurité sociale :

☐ PUMA ☐ Mutuelle ☐ CSS ☐ AME ☐ ALD ☐ Sans droits ouverts ☐ Ne sait pas**Si absence ou incomplétude de droits :**Démarches en cours : ☐ Oui ☐ NonDemandeur d'asile : ☐ Oui ☐ Non**Référent social :**☐ Oui – Coordonnées :☐ Non – Travailleurs sociaux rencontrés :

Commentaires :

Mesure de protection : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

Dossier MDPH : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

Personne à prévenir, personne de confiance : *(si personne de confiance, un document sera à compléter)*

Nom :	Prénom :
Lien de parenté :	
Adresse :	
Téléphone :	

Médecin traitant :La personne a-t-elle un médecin traitant déclaré : ☐ Oui ☐ Non

Nom du médecin	
Adresse du cabinet	
Mail	
Téléphone	

Suivi PASS : ☐ Oui ☐ Non

Pathologie(s) motivant la demande d'admission :

Antécédents :

Pathologie psychiatrique : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

Conduites addictives : ☐ Oui ☐ Non

☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Opiacés ☐ Autres (*à préciser*)

Commentaires :

Troubles du comportement (*nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne*) :

Troubles cognitifs (*nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne*) :

Perte d'autonomie : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

Allergies :

Autres :

Soins à réaliser

Descriptif	Fréquence	Durée prévue/prévisible

Consultations et examens à venir

Nom du médecin et spécialité ou type d'examen	Lieu <i>(Adresse de l'établissement, point de RDV)</i>	Date du RDV	Heure